

大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業申請書

大阪市長様

年 月 日

申請にあたって本事業実施要綱を遵守し、関係書類を添えて次のとおり特定不妊治療費(先進医療)の助成金を申請します。

なお、大阪府が審査に必要な範囲で、住民基本台帳を閲覧すること、他の自治体における助成状況を照会すること、他の自治体からの照会に回答すること、治療状況に関して実施医療機関に照会することについて、同意します。

		申請者(夫)			申請者(妻)			備考	
申請者の氏名及び住所	フリガナ							事実婚の方は <input checked="" type="checkbox"/>	
	氏名	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			※様式第2号において、婚姻関係の確認が「いいえ」の場合は様式第3号及び戸籍謄本の添付が必要です。	
	生年月日	昭和 平成 西暦	年	月	日	昭和 平成 西暦	年	月	日
	電話番号	-			-				
	メイン申請者の住所	〒 - 大阪市						※助成が承認された場合はメイン申請者の住所に「大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業承認決定通知書」を送付します。	
別居の場合の住所	〒 -			別居しているのは (夫・妻)			※単身赴任等により夫婦別居の場合のみ記入 ※該当する方に○を付けてください。		
申請状況	① 大阪府で先進医療の助成金を受けるのは初めてですか <input type="checkbox"/> はい、初めてです。 <input type="checkbox"/> いいえ、過去に受けたことがあります。 ⇒ <input type="checkbox"/> 今回の申請は、前回から引き続いて通算()回目 ⇒ <input type="checkbox"/> 今回の申請は、前回の申請後に妊娠・出産を経て保険適用回数がリセットされたため、通算 1 回目 ② 今回の治療分の助成金を、別の自治体等で申請していますか <input type="checkbox"/> いいえ、申請していません <input type="checkbox"/> はい、すでに申請済みです								
助成対象の金額	1回の治療につき、先進医療部分のみに かかった治療金額		合計			円			※「受診等証明書」に記載された金額を記入
申請金額	上記の金額に10分の7(0.7)を 乗じた額(1円未満切り捨て) もしくは5万円、いずれか低い方の 金額を記入してください。		円			円			
振込口座申出欄	※上記で記入したメイン申請者(夫もしくは妻)の口座を記入してください。								
	金融機関名				銀行 金庫 農協	支店・ 出張所名	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座			口座名義 (カタカナ)		※旧姓の口座等に振込を希望される場合は様式第4号の添付が必要です。		
口座番号							右づめで記入してください		

注1) 太線の中をご記入下さい。

注2) 訂正は「=(二重線)」で訂正し、訂正箇所署名してください。

ただし、申請金額の訂正はできませんので、ご注意ください。

注3) 提出された書類を返却することはできません。

注4) 問い合わせが必要な場合には、メイン申請者に連絡します。

(添付書類)

1. 大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書(様式第2号)

2. 大阪府に住所を有することを証明する書類(住民票の写し等)(夫婦で住民票が異なる場合、両人の住民票)

3. 夫婦であることを証する書類(戸籍謄本)※

4. 事実婚関係にある夫婦については、両人の戸籍謄本及び「事実婚関係等に関する申立書」(様式第3号)※

※上記3及び4については、大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書(様式第2号)において、婚姻関係の確認が「いいえ」の場合のみ添付が必要

5. 振込口座についての申立書(様式第4号)※旧姓の口座等に振込みを希望する方のみ

本市記入欄